



**PROCESSOS SELETIVOS PÚBLICOS DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE PARA RESIDÊNCIAS MÉDICAS/2020 COM ACESSO DIRETO E COM PRÉ-REQUISITOS**

**EDITAL PARA SOLICITAÇÃO DE ISENÇÃO DO PAGAMENTO DO VALOR DA INSCRIÇÃO**

**A** **COMISSÃO** **DE** **RESIDÊNCIA** **MÉDICA** (COREME) **DO** **HOSPITAL** **DE** **CLÍNICAS** **DE** **PORTO** **ALEGRE** (COREME/HCPA) e a Fundação Médica do Rio Grande do Sul, responsável pelo planejamento e execução gerencial dos Processos Seletivos Públicos em epígrafe, **fazem saber** aos interessados que, em cumprimento ao disposto na Resolução CNRM n~~º~~ 07, de 20 de outubro de 2010, publicada no Diário Oficial da União de 21/10/2010, seção 1, p. 21, estará aberto o prazo para solicitação, por parte de candidatos comprovadamente hipossuficientes, de isenção do pagamento do valor da inscrição aos Processos Seletivos aqui referidos, conforme as instruções a seguir.

###### 1 - DOS CRITÉRIOS GERAIS

1.1 - A isenção será concedida ao candidato que comprovar carência socioeconômica para o pagamento do valor da inscrição a um dos Processos Seletivos Públicos do HCPA indicados no *caput* **e** que dê cumprimento integral às exigências relativas à forma e conteúdo da documentação conforme consta no item 3 do presente edital. A concessão estará subordinada aos critérios elencados em cada um dos itens do presente edital.

1.2 - Somente poderá solicitar isenção do pagamento do valor da inscrição o candidato que comprove, por meio de Declaração (**Anexo I**), não ter custeado, com recursos próprios, curso preparatório para o Processo Seletivo a que se candidata **e** ser egresso de instituição de ensino superior pública ou ter sido beneficiário de bolsa de estudo oficial.

1.3 - Cada candidato poderá apresentar, em seu nome, apenas **um** pedido de isenção.Pessoas da mesma família deverão fazer o pedido individualmente, mesmo que residam no mesmo domicílio.

1.4 - O candidato terá seu pedido negado se apresentar mais de uma solicitação ou informações e/ou documenta­ção insuficientes e/ou contraditórias em relação aos dados informados.

1.5 - O candidato beneficiado pela isenção que não se inscrever em um dos Processos Seletivos de Residências Médicas/2020 do HCPA ou não comparecer em qualquer das etapas do Processo Seletivo para o qual está inscrito terá o pedido de benefício automaticamente indeferido nas edições vindouras dos Processos Seletivos. Motivos de força maior deverão ser justificados, com a devida comprovação, até o dia 27/12/2019, na sede da Fundação Médica do Rio Grande do Sul.

###### 2 - DA SOLICITAÇÃO DE ISENÇÃO

2.1 - O candidato deverá, pessoalmente ou por meio de procurador especialmente habilitado (instrumento particu­lar de procuração com objeto específico e que dispensa reconhecimento em cartório), **entregar** na Rua Dr. Vale, 555, sala 704, bairro Floresta, Porto Alegre/RS, nos dias 09**/09 e 10/09/2019**, no horário das 9 horas às 12 horas e das 14 horas às 16 horas, a documentação constante do item **3** do presente edital. Não serão aceitos documentos remetidos por via postal, internet, fax ou similares.

2.2 - Não haverá conferência do material no ato da entrega; essa tarefa é da inteira responsabilidade do candidato.

2.3 - A solicitação de isenção poderá ser apresentada exclusivamente por candidato que cumpra o item 1.2 do pre­sente edital **e** se enquadre em uma das seguintes situações:

a) ter vencimento/salário mensal no valor bruto de até R$ 2.266,00 (dois mil, duzentos e sessenta e seis reais) e não ter dependentes; ou

b) ter vencimento/salário mensal no valor bruto de até R$ 3.399,00 (três mil, trezentos e noventa e nove reais) e possuir até 2 (dois) dependentes; ou

c) ter vencimento/salário mensal no valor bruto de até R$ 6.799,00 (seis mil, setecentos e noventa e nove reais) e possuir mais de 2 (dois) dependentes; ou

d) comprovar renda familiar mensal bruta igual ou inferior a R$ 2.994,00 (dois mil, novecentos e noventa e quatro reais), equivalente a três salários mínimos, **ou** renda individual mensal bruta igual ou inferior a R$ 1.996,00 (um mil, novecentos e noventa e seis reais), equivalente a dois salários mínimos. No caso de o candidato não possuir renda individual, será adotado o critério de dividir a renda familiar comprovada pelo número de componentes da família;

e) comprovar ser membro de família de baixa renda com inscrição no Cadastro Único para Programas Sociais do Governo Federal (CadÚnico), nos termos do Decreto n~~º~~ 6.135/2007. Nesse caso, o candidato deve indicar o Número de Identificação Social - NIS - atribuído à família pelo CadÚnico e apresentar documentação comprobatória de atualização dos dados cadastrais junto à Caixa Econômica Federal.

2.4 - As informações prestadas, bem como a documentação apresentada são da exclusiva responsabilidade do can­didato, podendo responder, a qualquer momento, por crime contra a fé pública, o que acarretará sua eliminação do Pro­cesso Seletivo para o qual pretende inscrição.

2.5 - Não são admitidas, em hipótese alguma, inclusão de documentos ou alterações de informações após a entrega da documentação.

###### 3 - DA DOCUMENTAÇÃO EXIGIDA

O candidato deverá entregar: **a)** a Declaração (**Anexo** **I**), com firma reconhecida, em cartório, do candidato e de duas testemunhas, não residentes no mesmo endereço do candidato; **b)** o Requerimento de Isenção do Pagamento do Valor da Inscrição (**Anexo II**), devidamente preenchido e acompanhado da documentação ali exigida; **c)** cópia completa da Declaração de Rendimentos referente ao ano-base de 2018, com especificação do patrimônio e recibo de entrega, do candidato e de seu cônjuge ou companheiro(a) ou da de sua mãe e de seu pai (para candidato solteiro), mesmo que o candidato trabalhe; **d)** documentação acerca da situação profissional do candidato, de seu cônjuge ou companheiro(a) e da de sua mãe e de seu pai, mesmo que o candidato trabalhe, conforme o assinalado no **Anexo II**. Para cada situação assinalada, anexar **cópia** conforme segue: - **Desempregado**: Carteira de Trabalho (página de identificação, página do úl­timo contrato de trabalho e página da última alteração salarial) para comprovar que atualmente não mantém vínculo em­pregatício formal (entregar declaração que informe como está se mantendo e qual a renda média mensal) - **Bisca­te/Autônomo**: Carteira de Trabalho (página de identificação, página do último contrato de trabalho e página da última alteração salarial) para comprovar que atualmente não mantém vínculo empregatício formal (entregar declaração firmada por duas testemunhas, na qual conste a média de rendimentos mensais, esclarecendo o tipo de atividade desenvolvida e, cópia da carteira de identidade dos declarantes) - **Trabalhador com Carteira de Trabalho e Previdência Social as­sinada**: CTPS (página de identificação, página do contrato de trabalho atual e página da última alteração salarial) e/ou contracheque/recibo de pagamento do mês de agosto de 2019 - **Servidor público**: contracheque do mês de agosto de 2019 - **Profissional liberal**: anexar formulário próprio, de acordo com a Resolução do Conselho Regional de Contabili­dade e Declaração de Rendimentos - pessoa física - ano-base de 2018 - **Empresário**: Declaração de Rendimentos - pessoa jurídica e pessoa física - ano-base de 2018 - **Estagiário/Bolsista**: atestado ou comprovante de pagamento do mês de agosto de 2019 - **Aposentado**: comprovante do recebimento de aposentadoria referente ao mês de agosto de 2019 - **Pensionista**: comprovante do recebimento de pensão referente ao mês de agosto de 2019 - **Trabalhador rural**: declaração da média de rendimentos mensais e certificado atualizado de propriedade do imóvel rural, fornecida pelo INCRA; **e)** cópia da certidão de nascimento dos filhos do candidato, quando houver; **f)** para o(s) caso(s) de pais e/ou cônjuge ou companheiro(a) falecidos(as), anexar cópia(s) da(s) certidão(ões) de óbito.

###### 4 - DA AVALIAÇÃO DA DOCUMENTAÇÃO

A documentação será examinada com vistas a avaliar sua adequação ao disposto na Resolução CNRM n~~º~~ 07, de 20 de outubro de 2010.

###### 5 - DOS RESULTADOS E DA FASE RECURSAL

O resultado da avaliação da solicitação de isenção do pagamento do valor da inscrição aos Processos Seletivos Pú­blicos do HCPA para Residências Médicas/2020 será divulgado nos *sites* **www.hcpa.edu.br** e **www.fundacaomedicars.org.br**, a partir das **19 horas**, no dia **17/09/2019**, com a informação dos pedidos aceitos e dos indeferidos.

Caberá recurso contra o indeferimento dos pedidos de isenção, a ser entregue na Rua Dr. Vale, 555, sala 704, bairro Floresta, Porto Alegre/RS, nos dias 18 e 19/09/2019, nos horários das 9 horas às 12 horas e das 14 horas às 16 horas, pessoalmente ou por meio de procurador devidamente habilitado, acompanhado de fundamentação que sustente a inconformidade do requerente. O recurso deverá ser dirigido à Fundação Médica do Rio Grande do Sul e terá resposta disponibilizada nos *sites* acima mencionados, a partir das **19 horas** do dia **25/09/2019**.

A concessão de isenção **não** significa inscrição automática dos candidatos aos Processos Seletivos Públicos do HCPA para Residências Médicas/2020 referidos neste edital. Para inscrever-se, o beneficiário terá de consultar os *sites* referidos acima e seguir as instruções constantes nos editais, durante o período de inscrição.

###### 6 - DAS DISPOSIÇÕES FINAIS

Os requerentes terão a garantia de sigilo relativamente às informações fornecidas.

Os documentos apresentados não serão devolvidos.

Para fins deste edital, renda familiar é o valor obtido pela soma dos rendimentos, consideradas todas as pessoas que residem no mesmo endereço e/ou contribuem para a renda declarada e/ou dependem da renda declarada.

Os casos omissos e as situações não previstas neste edital serão decididos pela COREME do HCPA e pela Funda­ção Médica do Rio Grande do Sul, responsável pelo planejamento e execução gerencial dos Processos Seletivos Públi­cos do HCPA para Residências Médicas/2020 com Acesso Direto e para Especialidades Médicas com Pré-Requisitos.

Porto Alegre, 03 de setembro de 2019.

Prof. Fernando Grilo Gomes

Presidente da Fundação Médica do Rio Grande do Sul

Profa. Helena von Eye Corleta

Coordenadora da COREME/HCPA

Profa. Nadine Oliveira Clausell

Diretora-Presidente do HCPA

ANEXO 1

**PROCESSOS SELETIVOS PÚBLICOS DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE PARA RESIDÊNCIAS MÉDICAS/2020 COM ACESSO DIRETO E COM PRÉ-REQUISITOS**

**EDITAL PARA SOLICITAÇÃO DE ISENÇÃO DO PAGAMENTO DO VALOR DA INSCRIÇÃO**

DECLARAÇÃO

Eu, \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, identidade número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, inscrito no Cadastro de Pessoas Físicas (CPF) sob número \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, filho de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ e de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, residente e domiciliado na Rua \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, número \_\_\_\_\_\_\_\_, apartamento \_\_\_\_\_, bairro \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, na cidade de \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, egresso do curso de Medicina: (\_\_\_) da instituição de ensino superior pública denominada \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ **ou** (\_\_\_) tendo sido beneficiário de bolsa de estudo oficial na \_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_, **DECLARO**, para dar cumprimento ao previsto no item 3, alínea “a” do Edital para Solicitação de Isenção do Pagamento do Valor da Inscrição aos Processos Seletivos Públicos do HCPA para Residências Médicas/2020 com Acesso Direto e Especialidades Médicas com Pré-Requisitos, **não ter custeado, com recursos próprios, curso preparatório para o Processo Seletivo para Ingresso no Programa de Residência Médica a que pretendo inscrição**.

Anexo, à presente declaração, em cópia autenticada:

**a)** ( ) diploma de graduação;

**b)** ( ) certificado de conclusão do curso de Medicina;

**c)** ( ) comprovante de matrícula no 12~~º~~ semestre do curso de Medicina, referente ao 2~~º~~ semestre de 2019;

**d)** ( ) comprovante de concessão de bolsa de estudo fornecida por órgão público oficial, para graduação em Me­dicina;

**e)** ( ) comprovante de membro de família de baixa renda com inscrição no Cadastro Único para Programas So­ciais do Governo Federal (CadÚnico), nos termos do Decreto n~~º~~ 6.135/2007, e informo o Número de Iden­tificação Social - NIS - atribuído à minha família pelo CadÚnico: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ;

**f)** ( ) comprovante de atualização de dados cadastrais de minha família no CadÚnico, junto à Caixa Econômica Federal.

**DECLARO**, por fim, estar ciente de que as informações prestadas são de minha inteira responsabilidade. Por se­rem expressão da verdade, apresento abaixo duas testemunhas, devidamente qualificadas, que atestam a veracidade do presente documento, sob as penas da lei.

Porto Alegre, \_\_\_ de setembro de 2019.

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura do Candidato - firma reconhecida em cartório -

TESTEMUNHAS

1) NOME: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N~~º~~ DA IDENTIDADE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N~~º~~ DO CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO CONTRIBUINTE (CIC): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura da Testemunha - firma reconhecida em cartório -

2) NOME: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N~~º~~ DA IDENTIDADE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

N~~º~~ DO CARTÃO DE IDENTIFICAÇÃO DO CONTRIBUINTE (CIC): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

ENDEREÇO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

Assinatura da Testemunha - firma reconhecida em cartório -

**ANEXO 2**

**PROCESSOS SELETIVOS PÚBLICOS DO HOSPITAL DE CLÍNICAS DE PORTO ALEGRE PARA RESIDÊNCIAS MÉDICAS/2020 COM ACESSO DIRETO E COM PRÉ-REQUISITOS**

**EDITAL PARA SOLICITAÇÃO DE ISENÇÃO DO PAGAMENTO DO VALOR DA INSCRIÇÃO**

## REQUERIMENTO DE ISENÇÃO DO PAGAMENTO DO VALOR DA INSCRIÇÃO

Eu, abaixo identificado, venho, por meio deste, **REQUERER** isenção do pagamento do valor da inscrição para os Processos Seletivos Públicos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre para Residências Médicas/2020, de acordo com o disposto na Resolução CNRM n~~º~~ 07, de 20 de outubro de 2010, publicada no Diário Oficial da União de 21/10/2010.

# INFORMAÇÕES SOBRE O CANDIDATO

NOME: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(nome completo, sem abreviaturas)

N~~º~~ DOCUMENTO DE IDENTIDADE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ESTADO CIVIL: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ENDEREÇO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(anexar cópia autenticada frente e verso do documento de identidade) (endereço completo);

\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ BAIRRO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(anexar cópia autenticada frente e verso da conta de luz do mês de agosto de 2019)

CIDADE: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ TELEFONES: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ *E-MAIL*: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# INFORMAÇÕES GERAIS

Assinalar as pessoas que residem com o candidato

( ) PAI ( ) MÃE ( ) IRMÃOS ( ) CÔNJUGE OU COMPANHEIRO(A) ( ) FILHOS ( ) AVÓ ( ) AVÔ

( ) TIOS ( ) COLEGAS E/OU AMIGOS ( ) OUTROS (citar): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

TOTAL DE PESSOAS QUE MORAM COM O CANDIDATO: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CONDIÇÕES DE MORADIA DO CANDIDATO** (caso não resida com os pais, cônjuge ou companheiro(a)):

( ) IMÓVEL PRÓPRIO (anexar cópia do comprovante de pagamento do IPTU referente ao ano de 2019 ou ao mês de agosto/2019)

( ) IMÓVEL ALUGADO (anexar cópia da quitação do recibo de pagamento do aluguel do mês de agosto de 2019)

( ) IMÓVEL EM ÁREA VERDE

( ) IMÓVEL FINANCIADO (anexar cópia da quitação do recibo de pagamento da prestação do mês de agosto de 2019)

( ) IMÓVEL PRÓPRIO EM TERRENO ALHEIO

( ) IMÓVEL CEDIDO; POR QUEM? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) RESIDE DE FAVOR

( ) PENSIONATO (anexar cópia da quitação do recibo de pagamento efetuado no mês de agosto de 2019)

( ) CASA DE ESTUDANTE (anexar cópia da quitação do recibo de pagamento efetuado no mês de agosto de 2019)

( ) DIVIDE ALUGUEL COM COLEGA(S) (anexar cópia da quitação do recibo de pagamento do aluguel do mês de agosto de 2019)

( ) OUTROS (especificar): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

**CONDIÇÕES DE MORADIA DO CANDIDATO COM CÔNJUGE OU COMPANHEIRO(A)**:

( ) IMÓVEL PRÓPRIO (anexar cópia do comprovante de pagamento do IPTU referente ao ano de 2019 ou ao mês de agosto/2019)

( ) IMÓVEL ALUGADO (anexar cópia da quitação do recibo de pagamento do aluguel do mês de agosto de 2019)

( ) IMÓVEL EM ÁREA VERDE

( ) IMÓVEL FINANCIADO (anexar cópia da quitação do recibo de pagamento da prestação do mês de agosto de 2019)

( ) IMÓVEL PRÓPRIO EM TERRENO ALHEIO

( ) IMÓVEL CEDIDO; POR QUEM? \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

( ) RESIDE DE FAVOR

( ) OUTROS (especificar): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

CONDIÇÕES PROFISSIONAIS

Assinalar a condição profissional correspondente ao candidato, ao cônjuge ou companheiro(a), se for o caso, ao pai e à mãe do candidato.

CANDIDATO CÔNJUGE OU COMPANHEIRO(A) PAI MÃE

Desempregado ( ) ( ) ( ) ( )

Biscate/Autônomo ( ) ( ) ( ) ( )

Trabalhador com carteira assinada ( ) ( ) ( ) ( )

Servidor público ( ) ( ) ( ) ( )

Profissional liberal ( ) ( ) ( ) ( )

Empresário ( ) ( ) ( ) ( )

Estagiário/Bolsista ( ) ( ) ( ) ( )

Aposentado ( ) ( ) ( ) ( )

Pensionista ( ) ( ) ( ) ( )

Trabalhador rural ( ) ( ) ( ) ( )

Nunca trabalhou ( ) ( ) ( ) ( )

Outros (especificar): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

# INFORMAÇÕES COMPLEMENTARES

NÍVEL DE INSTRUÇÃO DOS PAIS

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | Pai | Mãe |
| Não frequentou a escola |  |  |
| Ensino Fundamental incompleto |  |  |
| Ensino Fundamental completo |  |  |
| Ensino Médio incompleto |  |  |
| Ensino Médio completo |  |  |
| Curso Superior incompleto |  |  |
| Curso Superior completo |  |  |
| Curso de Pós-Graduação (Especialização, Mestrado, Doutorado) |  |  |

PAIS SEPARADOS ( ) SIM ( ) NÃO

PAI FALECIDO ( ) SIM ( ) NÃO

MÃE FALECIDA ( ) SIM ( ) NÃO

CÔNJUGE/COMPANHEIRO(A) FALECIDO(A) ( ) SIM ( ) NÃO

CANDIDATO TEM FILHOS ( ) SIM (quantos): \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( ) NÃO

CANDIDATO PAGA PENSÃO ALIMENTÍCIA PARA FILHOS E/OU EX-CÔNJUGE ( ) SIM VALOR R$ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( ) NÃO

CANDIDATO RECEBE PENSÃO ALIMENTÍCIA PARA SEUS FILHOS ( ) SIM VALOR R$ \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_ ( ) NÃO

Declaro que as informações prestadas neste documento são verdadeiras. Estou ciente de que, se comprovada a omissão ou a inveracidade nas informações prestadas e/ou nos documentos apresentados, fico sujeito às penalidades legais cabíveis. Estou também ciente de que a falta parcial ou total de informações e/ou de documentos são de minha inteira responsabilidade, motivando o indeferimento desta solicitação.

Por fim, anexo ao presente requerimento a documentação, conforme disposto no Edital para Solicitação de Isen­ção do Pagamento do Valor da Inscrição aos Processos Seletivos Públicos do Hospital de Clínicas de Porto Alegre para Residências Médicas/2020.

Nestes termos, peço deferimento.

Porto Alegre, \_\_\_\_\_ de setembro de 2019.

Assinatura do candidato: \_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_\_

(conforme o documento de identidade)